



Artículo Original

## Narrativas de mujeres madres: vivencias y resignificaciones frente a la prematuridad extrema

## Narrativas de mulheres mães: vivências e ressignificações diante da prematuridade extrema

## Narratives of women mothers: experiences and resignifications in the face of extreme prematurity

 Vanessa Thomazini Cardoso<sup>1</sup> 

 Caroline Guisantes de Salvo Toni<sup>2</sup> 
<sup>1</sup>Autora correspondiente. Universidade Estadual do Centro-Oeste (Irati). Paraná, Brasil. cardosvane@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Centro-Oeste (Irati). Paraná, Brasil. carolineguisantes@yahoo.com.br

**RESUMEN | OBJETIVO:** Desde el parto prematuro, la maternidad es convocada prematuramente, ya que el período final del embarazo no se puede vivir y lo idealizado no se hace realidad. Por lo tanto, la madre necesita replantear su rol y maternidad, reestructurar su sistema de cuidado para dar cuenta de la situación real que se presenta. El parto prematuro conlleva muchas dificultades para la mujer, influyendo en momentos estresantes y desencadenando sentimientos de frustración, culpa, ansiedad, tristeza, miedo, entre otros. **OBJETIVO:** Comprender las dificultades, emociones y sentimientos presentes durante el parto y la hospitalización de recién nacidos prematuros extremos y cómo la(s) maternidad(es) podría(n) ser construida(s) en ese contexto. **MÉTODO:** Estudio cualitativo, con la recopilación de relatos de mujeres que compartieron sus experiencias en un sitio web especializado en internet. El análisis se realizó con base en el Análisis de Contenido, utilizando como base teórica la teoría del apego. **RESULTADOS:** Apuntaron a una alta expectativa en relación al nacimiento de bebés, así como a la frustración y angustia que genera la necesidad de una separación repentina y literal. Aún así, los momentos estuvieron marcados por una rutina exhaustiva y por el miedo a la muerte del bebé, además de la necesidad de aprender a reconocer los signos sutiles de los bebés y construir posibles modos de cuidado. Las narrativas trabajadas fueron/son una forma que apoyan para relatar sus historias y para resignificar la experiencia. **CONSIDERACIONES FINALES:** Se resalta la importancia de reconocer las experiencias maternas en este contexto, para que se puedan llevar a cabo mejoras en la atención brindada y la construcción de políticas públicas.

**PALABRAS CLAVE:** Maternidad. Nacimiento Prematuro. Teoría de apego.

**RESUMO | OBJETIVO:** A partir do nascimento pré-termo, a maternidade é convocada prematuramente, pois o tempo final da gestação não pode ser vivido e o que foi idealizado não se concretiza. Dessa forma, a mulher mãe precisa ressignificar seu papel e a própria maternidade, reestruturando seu sistema cuidador para dar conta da situação real que se apresenta. O nascimento prematuro insere muitas dificuldades para a mulher, influenciando em momentos estressantes e deflagrando sentimentos de frustração, culpa, ansiedade, tristeza, medo, entre outros. **OBJETIVO:** Compreender as dificuldades, emoções e sentimentos presentes durante o nascimento e hospitalização dos recém-nascidos pré-termos extremos e como a(s) maternidade(s) puderam ir se construindo nesse contexto. **MÉTODO:** Estudo qualitativo, com coleta de narrativas de mulheres que compartilharam suas experiências em um site especializado na internet. A análise foi realizada a partir da Análise de Conteúdo, utilizando como embasamento teórico a teoria do apego. **RESULTADOS:** As narrativas retratam uma alta expectativa em relação ao nascimento dos bebês, bem como a frustração e angústia geradas a partir da necessidade de uma separação brusca e literal. Ainda, os momentos foram marcados por uma rotina exhaustiva e pelo medo do bebê vir a óbito, além da necessidade de aprenderem a reconhecer os sinais sutis dos bebês e construir modos de cuidados possíveis. As narrativas trabalhadas foram/são uma maneira que elas encontraram para relatar suas histórias e de ressignificar o vivido. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Destaca-se a importância de haver o reconhecimento das vivências maternas nesse contexto para que melhorias no acolhimento prestado e construção de políticas públicas sejam possíveis de serem realizadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Maternidade. Nascimento Prematuro. Teoria do apego.

Presentado 01/06/2022, Aceptado 01/12/2022, Publicado 07/03/2023

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2023;12:e4659

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2023.e4659>

ISSN: 2317-3394

Editoras responsables: Mônica Daltro, Marilda Castelar

Cómo citar este artículo: Cardoso, V. T. &amp; Toni, C. G. S. (2023).

 Narrativas de mujeres madres: vivencias y resignificaciones frente a la prematuridad extrema. *Revista Psicología, Diversidade e Saúde*, 12, e4659. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2023.e4659>


**ABSTRACT | OBJECTIVE:** From preterm birth, motherhood is called prematurely, as the final period of pregnancy cannot be lived and what was idealized does not come true. Thus, the mother-woman needs to reformulate her role and her own motherhood, restructuring her care system to account for the real situation that is presented. Premature birth entails many difficulties for women, influencing stressful moments and triggering feelings of frustration, guilt, anxiety, sadness, and fear, among others. **OBJECTIVE:** Understand the difficulties, emotions, and feelings present during the birth and hospitalization of extreme preterm newborns and how motherhood could be built in this context. **METHODS:** Qualitative study, collecting narratives from women who shared their experiences on a specialized website on the internet. The analysis was carried out from the Content Analysis, using the attachment theory as the theoretical basis. **RESULTS:** The results point to a high expectation in relation to the birth of babies, as well as the frustration and anguish generated by the need for a sudden and literal separation. The moments were marked by an exhaustive routine and by the fear of the baby dying, in addition to the need to learn to recognize the subtle signs of the babies and build possible care modes. The narratives worked on were a way they found to report their stories and redefine what they had lived. **CLOSING REMARKS:** The importance of recognizing maternal experiences in this context is highlighted so that improvements in the reception provided and the construction of public policies are possible to be carried out.

**KEYWORDS:** Maternity. Premature Birth. Attachment theory.

## Introducción

Ni todas las mujeres desean la maternidad, además, las experiencias de construirse como madres están lejos de tener una única forma de vivirlas ([Badinter, 1985](#)). Por consiguiente, en una mujer que es madre puede haber mucha complejidad, incluso incertidumbre, ya que pueden estar presentes muchas emociones y sentimientos, de modo que cada mujer experimentará y vivirá la construcción de la maternidad de manera distinta.

El amor materno no es innato, como muchos todavía imaginan, ni es común a todas las mujeres: se construye. Además de un factor biológico, el amor de madre se construye con el tiempo, y también puede ser incierto e imperfecto. Tampoco surge con el nacimiento del niño y puede expresarse de diferentes formas ([Badinter, 1985](#)). El amor materno, según [Zanello \(2018\)](#) es una construcción social que ha sufrido varias transformaciones a lo largo de la historia, hubo la naturalización del amor y el cuidado de los hijos como ejercicios fundamentales para las mujeres a lo largo de los años. Claramente, como afirma la autora, este proceso se instauró de manera diferente, dependiendo de la raza, etnia y clase social de cada mujer, sin embargo, en general, se configuró un ideal maternal, convirtiéndose en un deber universal para la mujer.

Según [Gutman \(2019\)](#), la experiencia materna es única y singular para cada mujer, pero muchos de los aspectos también son compartidos y universales para otras madres. La maternidad, para esta autora, se caracteriza también como un período de transformaciones y desafíos, así como es un espacio de posibilidades, que ofrece varios descubrimientos. De esta forma, este período es permeado por innumerables sentimientos, como frustración, pérdida de identidad, incapacidad, fragilidad, felicidad, soledad, entre otros ([Gutman, 2019](#)).

En este proceso de convertirse en madre, la mujer vive la experiencia guiada también por lo que experimentó como bebé e hija, presupuesto que es explorado por la teoría del apego (TA), formulada por [Bowlby \(2002\)](#). De acuerdo con TA, la forma en que cada cuidador/a vivirá la maternidad y la paternidad está relacionada con la forma en que cada uno/a fue cuidado/a en la infancia, pues es a partir de ahí que surgen las representaciones internas de sí mismo, del mundo y del otro que se fueron creando y mejorando a lo largo de la vida ([Bowlby, 2002](#); [Knapp & Beck, 2008](#); [Tinoco, 2013](#)).

De esta forma, cada mujer se relacionará con el bebé de una determinada manera, de acuerdo con lo que el bebé y la propia maternidad representan para ella, y la persona podrá estar más o menos influenciada por el niño. Esto se relaciona con el hecho de que la maternidad se construye tanto desde la relación inicial de la mujer con sus cuidadores/as en la infancia, cuanto con lo aprendido sobre ser madre y lo que le imponen social y culturalmente. Debido a esto, algunas pueden estar más tranquilas para atender las necesidades del niño y sentir placer con ese papel, mientras que otras pueden sentir y actuar de otras maneras ([Bowlby, 2002](#); [Tinoco, 2013](#)).

Por tanto, todo el contexto que interpela el inicio y la construcción de la maternidad puede ser un proceso difícil para las mujeres, incluso para aquellas que desearon y planearon el embarazo, ya que esos momentos, según [Gutman](#) (2019), se caracterizan por ser un período de crisis. Durante el embarazo, las madres y las familias tienden a imaginar al bebé que va a nacer, pensando en sus futuros comportamientos y características. Sin embargo, cuando el niño nace, esa idealización es comparada y muchas veces no se corresponde con la realidad, lo que puede generar mayor o menor sufrimiento ([Marchetti & Moreira](#), 2015).

El nacimiento pre-término puede introducir, en ese momento, mayores dificultades para la mujer y/o la familia, ya que lo establecido es bastante diferente de lo esperado ([Ferrari & Donelli](#), 2010; [Lelis et al.](#), 2018; [Mata et al.](#), 2017; [Santos & Teixeira](#), 2017). Según la [Organización Mundial de la Salud](#) (OMS) (2012), los nacimientos caracterizados a término (dentro del tiempo esperado) son aquellos que ocurren entre las semanas 37 y 42 de gestación, y los nacimientos prematuros o pre-términos se definen como: 1 - prematuros moderados (entre 32 y <37 semanas de gestación); 2- muy prematuro (28 a <32 semanas) y 3- extremadamente prematuro (antes de las 28 semanas completas de gestación). También según la [Organización Mundial de la Salud](#) (2012), Brasil se encuentra entre los 10 países con más partos pre-términos.

Con el nacimiento prematuro, la maternidad también empieza prematuramente, pues no se pudo vivir el período final del embarazo, luego, las experiencias se suceden de una manera muy distinta a la esperada. Hay un gran impacto por la terminación repentina del embarazo, que en general hay que hacerlo de prisas, como consecuencia no hay tiempo para asimilar y ajustar las representaciones del bebé real que se presenta. Además, está presente la duda de qué pasará con la salud de la madre y del bebé, ya que muchas veces la vida de ambos puede estar en riesgo ([Marchetti & Moreira](#), 2015; [Mata et al.](#), 2017; [Santos & Teixeira](#), 2017).

En consecuencia, la idealización del bebé, del parto y de la forma en que se imaginó el inicio de la maternidad no se materializan y esto exige una nueva elaboración por parte de la mujer madre. Además, en la mayoría de las veces hay una separación abrupta entre la madre y el bebé, en que la madre solo puede

ver al hijo horas o días después del nacimiento ([Ferrari & Donelli](#), 2010; [Marchetti & Moreira](#), 2015). Cuando las mujeres finalmente pueden conocer a sus hijos, lo que ven, en general, no es un bebé gordito y rubicundo, como muchas veces se puede imaginar, sino bebés frágiles, delgados y probablemente con muchos equipamientos para el mantenimiento de su vida ([Ferrari & Donelli](#), 2010; [Marchetti & Moreira](#), 2015; [Sousa et al.](#), 2011).

Muchos sentimientos pueden permear estos momentos, como la culpa por no haber completado el período de gestación y la inseguridad por ser madre de un bebé tan frágil. Además, sentimientos como la tristeza, el miedo, la frustración y la incertidumbre también están presentes, junto con la dificultad para asimilar que el bebé imaginado no existe y que lo que se encuentra puede no sobrevivir ([Ferrari & Donelli](#), 2010; [Lelis et al.](#), 2018; [Marchetti & Moreira](#), 2015; [Sousa et al.](#), 2011).

Además, las madres y/o familiares enfrentan a un ambiente totalmente nuevo: la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). En esta, encuentran a sus hijos conectados a numerosos equipos, como tubos y sondas para ayudar con la respiración, la alimentación y la medicación. La rutina de la UCIN también es un factor estresante, caracterizándose como un ambiente aterrador/amenazador, ya que hay muchos exámenes, profesionales, ruido de monitores y procedimientos ([Marchetti & Moreira](#), 2015). También se presenta la posibilidad de que el bebé no resista, agravando diversos sentimientos como el miedo, la inseguridad y la angustia. Además, el alta hospitalaria de la mujer puede convertirse en un momento de gran sufrimiento, pues necesita separarse aún más del bebé, ya que él que necesita cuidados, permaneciendo en el ambiente hospitalario, mientras que la madre puede regresar a su domicilio ([Lelis et al.](#), 2018; [Marchetti & Moreira](#), 2015).

Otros factores también están involucrados durante la hospitalización de los recién nacidos pre-términos, como la distancia del hospital y de la casa de las familias, teniendo en cuenta que muchas madres y familias pueden residir en otras ciudades o estados distintos a donde se encuentra el hospital; el alto costo financiero relacionado con la estadía durante el seguimiento del hijo/a; la falta de su casa, de la rutina y de los otros hijos (si los hay) ([Santos & Teixeira](#), 2017). Es importante enfatizar que la dinámica hospitalaria

depende de cada institución, por tanto, muchas variables también pueden influir en este proceso además de las mencionadas.

Todo lo mencionado influye en el vínculo madre-bebé, resultando en un gran sufrimiento, lo que puede dificultar el vínculo de la madre con el bebé. De esta forma, la mujer puede necesitar más tiempo para que se construya el sentimiento de pertenencia. Es poco a poco que las madres reconocen las respuestas del bebé e interactúan con él y, a partir de ahí, comienzan a reconocerlo como su hijo/a (Marchetti & Moreira, 2015).

Se sabe qué mismo cuando el bebé nace a término y sin complicaciones, el vínculo también puede establecerse paulatinamente, así como establecerse rápidamente, o incluso no establecerse, porque en realidad el amor y la maternidad se construyen. Sin embargo, la vinculación de la madre con su bebé se ve facilitada por el contacto corporal, ya que, según la teoría del apego (Bowlby, 2002), el bebé busca al cuidador para asegurar su supervivencia.

Según TA, el comportamiento de apego se refiere a un sistema comportamental, que tiene una función biológica y adaptativa. Se caracteriza por la búsqueda de seguridad del bebé, así que buscan y se sienten atraídos por alguien que sea capaz de satisfacer sus demandas, con el fin de garantizar su supervivencia y regulación emocional (Bowlby, 2002). Llamase a esta persona (o puede haber más de una) figura de apego, que suele ser la madre, ya que, socialmente, la mujer fue responsabilizada y naturalizada como cuidadora preferencial del hijo/a, pero también podría ser otro cuidador. Sin embargo, su presencia debe ser constante, receptiva y accesible para el niño, de modo que se pueda establecer una relación saludable (Bowlby, 2002; Bowlby & Ainsworth, 2006). Si la figura de apego está presente y el entorno no presenta amenazas, entonces el niño podrá explorar el entorno de manera tranquila (Bowlby, 2002).

Las interacciones iniciales del niño son las que organizarán su comportamiento y formarán el llamado modelo funcional interno, para posibilitar la creación de una representación de sí mismo, del mundo y del otro. Es claro que estas representaciones son dinámicas, y pueden cambiar a lo largo de los años del sujeto, en función de otras relaciones y experiencias. Sin embargo, esta organización conductual durante la infancia se convierte en una organización representacional, que puede operar

de forma automática, sirviendo de base para interpretaciones, que influirán en las expectativas y en la forma en que la persona se relacionará en el futuro (Bowlby, 2002; Tinoco, 2013; Wainer, 2016).

Como se ha descrito, el sistema de apego del bebé lo dirige a buscar protección, cuidado y seguridad. Por otro lado, quien cuida al niño ha activado su sistema de cuidador. Este sistema comportamental del cuidador tiene como función biológica la protección, siendo, para Bowlby (2002), establecida de forma filogenética. Este sistema puede empezar a activarse ya durante el embarazo, al pensar e idealizar al bebé y la experiencia de la maternidad. Además, también se activa posteriormente, a partir de la convivencia con el bebé, y se mantiene por factores sociales y biológicos, por ejemplo, se refuerza cada vez que la mujer hace un contacto corporal tranquilo y también a partir del llanto del bebé, que es un estímulo aversivo innato (Bowlby, 2002; Tinoco, 2013).

En base a este sistema, la madre y/u otro cuidador busca mantener la atención y cercanía con el bebé, con el fin de protegerlo y satisfacer sus necesidades. El sistema del cuidador está influenciado por el apego inicial (cómo las personas se ven a sí mismas y al bebé) y los modelos representacionales de la maternidad, los cuales se refieren tanto a la experiencia de ser hija como a las sensaciones que buscan sentir en el rol social de madre y esposa. De esta manera, estos dos comportamientos (del bebé y del cuidador) se complementan, mientras que en uno hay búsqueda de seguridad y en el otro hay una predisposición biológica a la protección (que difiere del amor inmediato) (Bowlby, 2002).

La relación entre madre y bebé se considera circular y compleja ya que cada uno tendrá una forma única de relacionarse con el otro. Cada mujer tendrá sus representaciones, de sí misma, del mundo, del bebé y de la propia maternidad, y el bebé, a su vez, también tiene sus tendencias iniciales, es decir, su temperamento, que se define biológicamente y se refiere a la forma cómo se comporta, siente e interactúa cada bebé desde el nacimiento. El temperamento del niño interfiere con la forma en que se relaciona y se comporta, por ello que algunos bebés pueden ser más tranquilos mientras que otros son más agitados. Así, el bebé influirá activamente en la respuesta de los cuidadores (Bowlby, 2002; Tinoco, 2013; Wainer, 2016).

Sin embargo, en los casos de bebés que necesitan permanecer en la UCIN, no es la madre quien es capaz de calmarlos o realizarles los cuidados necesarios, pues sus necesidades muchas veces están relacionadas con el dolor físico. Así, el equipo médico asume el papel de calmar al bebé a través de intervenciones de confort (Ferrari & Donelli, 2010; Marchetti & Moreira, 2015). Además, muchas veces el recién nacido pre-término extremo no puede mostrar señales, como llanto, por ejemplo, ya que puede estar inconsciente e intubado, así, las necesidades fisiológicas de los bebés serán percibidas a través de exámenes y procedimientos, donde el equipo de profesionales es responsable de identificar las demandas fisiológicas.

Inicialmente, el recién nacido pre-término extremo no interactúa como un bebé a término, ya que aún no tiene la maduración necesaria, por lo que muchas veces no se direcciona a la búsqueda de un cuidador (Braga & Morsch, 2003). Por ello, la creación de apego en la UCIN puede ser más lenta, ya que no es posible tocar y tener contacto con la madre y la familia. Además, el equipo necesita mantener activado en todo momento su sistema de cuidador, ya que se quedan encargados de identificar y atender las demandas biológicas de los bebés. Así, según Calgaro (2019), es muy importante la función del equipo en la asistencia a esta construcción, buscando apoyar a la mujer y a la familia, mostrando las señales sutiles de los bebés y las formas únicas en que se comunican, para facilitar la construcción de un vínculo.

Teniendo en cuenta todos los aspectos mencionados, el objetivo del presente trabajo fue comprender las dificultades, emociones y sentimientos presentes durante el nacimiento y la hospitalización de recién nacidos pre-términos extremos, y cómo la(s) maternidad(es) pudieron ser construidas en ese contexto, a partir de relatos publicados por mujeres en un sitio web en línea, usando supuestos de TA.

## Metodología

Esta investigación se configura como una investigación cualitativa, tratamos de analizar las narrativas que las propias mujeres madres optaron por exponer, considerando que muchas mujeres y familias encontraron en el sitio una apertura y posibilidad de compartir sus experiencias, muchas

desde la perspectiva de ayudar a otras familias que están pasando por la misma situación.

Las narrativas se construyen desde el momento en que se elige contar y revivir las experiencias, en consecuencia la memoria adopta gran importancia, ya que permite reconstruir historias, siendo que las "situaciones narradas se reviven y reelaboran en el proceso de recuerdo" (Sousa & Cabral, 2015, p. 150). Además, también existe la necesidad de observar la secuencia de espacio y tiempo presente en las narrativas, pues esa secuencia es histórica y cultural (Sousa & Cabral, 2015). También se entiende que el relato es una forma de permitir que el sujeto hable y elabore lo que quiera, pudiendo ser un lugar de posibilidades, donde su discurso y expresión no se limitan.

De esta forma, la intención fue realizar un estudio sobre estas narrativas, con el fin de comprender la construcción de la maternidad cuando la prematuridad está presente, con aquello que las mujeres quisieron compartir y lo que consideraron necesario exponer. De esta manera, no hubo interferencia de las investigadoras al momento de la producción escrita de las experiencias de cada mujer madre. También se decidió producir la investigación con los informes publicados en el sitio web de la organización no gubernamental (ONG) Prematuridade.com (<https://prematuroidade.com>), ya que este espacio es abierto y no es necesario tener permiso para acceder a la información.

El internet es una representación de las prácticas sociales y culturales y en que puede ser tanto objeto de investigación, cuanto un lugar donde se puede realizar la investigación; sin embargo, se puede caracterizar como una herramienta de investigación. En esta investigación, este campo fue utilizado como una herramienta para la recolección de datos. Algunos puntos positivos de trabajar con internet son que presenta una amplia gama de información, además de la ausencia del investigador (Fragoso et al., 2011).

La Associação Brasileira de Pais, Familiares, Amigos e Cuidadores de Bebês Prematuros (Asociación Brasileña de Padres, Familiares, Amigos y Cuidadores de Bebés Prematuros) (ONG Prematuridade.com) fue fundada en 2014, a partir de las experiencias de madres y profesionales sobre la prematuridad. Actualmente, en el sitio web de la ONG hay mucho contenido sobre bebés prematuros y su salud,

además de información sobre la UCIN y la legislación existente para este contexto. Es importante enfatizar que ninguna de las investigadoras es integrante de la ONG. Lo que hizo posible esta investigación fueron los relatos encontrados en la sección de “historias reales” del sitio web, que contienen historias de bebés nacidos entre la semana 23 y la semana 36 de embarazo. Los relatos disponibles en el sitio son muy diferentes entre sí, cada mujer o familia eligió compartir sus experiencias de una manera distinta, algunos se tratan de pequeños extractos, que cuentan brevemente sobre el proceso de hospitalización, otras son más largas y detalladas, narrando también sobre antes y durante el embarazo. Hay quien optó por compartir fotos, mientras que otros simplemente publicaron el escrito.

Debido a estas singularidades en la escritura y la gran cantidad de relatos, se establecieron algunos criterios para la formación del corpus de investigación, son ellos: 1 - relatos acerca de los nacimientos pre-términos extremos (antes de las 28 semanas); 2 - el bebé sobrevivió; 3 - relatos necesariamente escritos por las madres; 4 - experiencias ocurridas en Brasil; 5 - relatos que contaron más sobre el deseo o no de ser madre, cómo ocurrió el embarazo y cómo siguió después del alta; 6 - necesitaban tener 700 o más palabras. Se seleccionaron 11 reportajes, durante los meses de mayo a junio del 2020, estos fueron publicados en el sitio web entre los años 2013 al 2017.

Para el análisis de los relatos se utilizó la técnica de Análisis de Contenido, de [Bardin](#) (2011), que se divide en tres fases cronológicas. La primera, denominada pre-análisis, hace referencia a un primer contacto con el material y su organización, además de realizar lecturas iniciales y formular hipótesis. La segunda fase es la exploración del material, en la que se eligen las unidades de codificación. La tercera se refiere a la inferencia e interpretación de los datos, en la que la investigadora debe reconocer que la interpretación debe ir más allá del contenido expuesto, buscando comprender los significados producidos a partir de los mensajes, en diálogo con la teoría que fundamenta la investigación ([Bardin](#), 2011).

En este trabajo se utilizó únicamente el contenido de los relatos y se decidió no caracterizar a las mujeres para no identificarlas, y se utilizaron nombres ficticios para referirse a ellas, y solo unos pocos fragmentos de los relatos fueron recortados de manera literal,

respetando la forma en que fueron escritos por las mujeres y publicados en el sitio. La investigación no fue enviada al Comité de Ética, puesto que, según la [Resolução n. 510/2016](#), no se requiere la aprobación de la COMEP pues el trabajo científico utiliza datos de dominio público, al no haber sido obtenidos directamente de los participantes (Art. 1º, III).

## Resultados y discusión

Debido a la gran cantidad de indicadores encontrados en los relatos y la gran potencia de cada uno, fue necesario elegir solamente algunos para que fuesen codificados en este trabajo. Fueron elegidos los indicadores que pudieran mostrar un poco de los sentimientos y vivencias maternas en el nacimiento y hospitalización del bebé, y sobre cómo se podría construir el convertirse en madre. Así, se construyeron un total de tres categorías (1 - Nacimiento prematuro: un encuentro con lo inesperado; 2 - Experiencias en el ambiente hospitalario; 3 - Madre y bebé prematuros: vínculo, potencia y resignificación) a partir de la cual se elaboraron algunas categorías de análisis. Una vez más, es importante enfatizar que los relatos aquí presentados se refieren no sólo a cómo cada mujer sobrellevó y vivió estos momentos, sino también a la forma en que lograron resignificarlos, construyendo una narrativa a partir de sus recuerdos y afectos, escribiendo y publicando lo que querían exponer, meses o años después del parto prematuro.

### Nacimiento prematuro: un encuentro con lo inesperado

Todas las narrativas que integraron el corpus de investigación apuntan a un parto, posparto y bebé totalmente diferente a lo esperado, ya que, todo lo que las mujeres pudieron haber soñado, como tener a su bebé en brazos después del parto, tomarse una foto con él y las personas cercanas, ir a casa con su hijo/a y ejercer sus cuidados, no ocurrió. Se sabe que ni todas las mujeres pueden idealizar y esperar el embarazo y el parto, todavía, es desde el embarazo que se establecen pensamientos sobre cómo todo eso sucederá, ya que el sistema de cuidados ya está activado durante esa fase, lo que hace con que la mujer imagine sobre el bebé, sobre algunas experiencias futuras y modos de cuidados ([Bowlby](#), 2002; [Tinoco](#), 2013).

Además, la pérdida del bebé ideal y planeado, junto con la necesidad de aceptar al bebé real, está presente en todos los puerperios, que, en sí mismo, ya es un proceso difícil. Sin embargo, en los casos en que la salud del bebé es grave, este momento se vuelve más difícil de elaborar (Maldonado, 1997). De esta manera, cuando ocurre un parto prematuro, se rompe con el plan y la realidad se presenta de otra manera. Así, este tema abordará cómo las mujeres vivieron esos momentos, desde la noticia de que el parto era necesario, hasta el nacimiento y la ida del bebé para la UCIN.

### Y tan rápido todo cambió

Todos los relatos señalan que de un día para otro sucedieron muchos cambios: un día estaban embarazadas y su bebé estaba bien y saludable y al siguiente no más. Con eso, el hospital se convirtió en un domicilio, ya que su vida y/o la del niño corrían peligro: *“A partir de aquel día, vi cambiar toda mi vida. Todos los sueños, toda la preparación, todo lo que me imaginaba hacer (fotos, ajuar, etc.) se desmoronó. Tendría que quedarme en el hospital bajo un control estricto hasta que el bebé subiera de peso para que finalmente pudiera nacer”* (Margarida).

En los fragmentos de los relatos, se puede ver la desesperación y la tensión que tomó forma en este contexto, y el temor de que la mujer y/o el bebé no sobrevivan está presente: *“[...] Pensé que era mejor que estuviera en un hospital con UCI, porque el bebé podría nacer. En ese momento no pude contener las lágrimas, sin imaginar cuántas lágrimas se derramarían en los próximos meses [...] Era una tensión, mi cabeza no podía asimilar todo lo que estaba pasando”* (Lua).

Además, es importante recordar que se tratan de bebés que nacieron antes de las 28 semanas de gestación, siendo este un período en el que el parto estuvo muy lejos de lo esperado. Por estos puntos, según algunas autoras (Ferrari & Donelli, 2010; Lelis et al., 2018; Mata et al., 2017; Santos & Teixeira, 2017), el parto prematuro se configura como un momento de gran vulnerabilidad y de difícil adaptación, porque este período se vuelve extremadamente estresante para la mujer madre, ya que impone una separación y varias dificultades que deben ser enfrentadas con anticipación.

Con el sistema cuidador activado, durante el embarazo, las mujeres imaginan sobre el bebé y

las formas de cuidado que realizarán, sin embargo, cuando el parto ocurre antes del tiempo esperado, la mujer necesita reestructurar sus representaciones para enfrentar la realidad, porque además del hijo/a prematuro/a, también es una madre prematura, lo que puede hacer que se cuestione su capacidad de ser madre, ya que se imaginaron como madres en otras situaciones y contextos y no de la prematuridad (Tinoco, 2013). Esto se evidencia en el último relato mencionado, cuando la mujer señala esta necesidad de rápida asimilación, lo que la pone en una situación de gran tensión.

### Parto y soledad: vacío en el vientre y en los brazos

Después del parto, ocurre la separación física de la madre y su hijo, debido a la necesidad de cuidados, tanto de la propia mujer como del bebé. Los relatos apuntan a una sensación de vacío, tanto en los brazos como en el útero, ya que les fue quitado a su hijo de su cuidado y se fue llevado para lejos. *“[...] Me sentí sola y angustiada por no tener a mi bebé conmigo [...] Es un sentimiento de soledad, saber que tu bebé ya no está protegido en tu vientre y no poder estar con él en tus brazos, amamantar, cuidar”* (Rosa). En esta narrativa se puede evidenciar una vez más el comportamiento del sistema cuidador y su frustración, porque posiblemente durante el embarazo esta mujer planeó e imaginó a sí misma cuidando y protegiendo al bebé, construyendo su modelo interno de cuidado, sin embargo, el parto prematuro frustra estas expectativas, ya que el bebé no está presente para ser cuidado por ella (Tinoco, 2013).

Como se narra en los relatos, algunas mujeres necesitaron permanecer hospitalizadas durante días para recuperarse, pasando días y/o semanas sin ver al bebé, solo escuchando hablar de él, entonces, inicialmente solo pudieron conocer y al hijo/a través de otros: *“Yo estaba allí sola, esperando noticias sobre mi bebé que, en ese momento, ya estaba en la UCI Neonatal. Las abuelas lo vieron antes que yo, me dijeron que era hermoso [...]”* (Lua). Además, es importante enfatizar que el resto de la familia (cuando la hubiera) podía ir al encuentro del bebé y quedarse a su lado en la UCIN, mientras que ella no podría, así, la soledad fue un sentimiento muy destacado por las madres. Como se observa, la prematuridad puede producir en la mujer un sentimiento de pérdida y frustración, ya que su embarazo se vio interrumpido y no podrá tener a su bebé cerca de ella inmediatamente después

del parto, luego, la separación entre madre y bebé se torna una experiencia de mucho sufrimiento y tristeza (Lelis et al., 2018; Santos & Teixeira, 2017).

En la teoría del apego, Bowlby (2002) utiliza la nomenclatura "recuperación" para referirse al cuidado materno, en el que la madre o cuidador/a busca mantener la cercanía con el niño. Por ello, cuando el niño se aleja o llora, la madre suele ir a su encuentro para calmarlo, y solo cuando el bebé está seguro se desactiva este comportamiento. Con esto se puede ver que el sistema cuidador además de activarse durante el embarazo, también se puede observar después del nacimiento del bebé pre-término extremo, según Tinoco (2013), el riesgo de muerte del bebé y la separación súbita entre madre e hijo/a activa en la mujer madre una intensa necesidad de cercanía y protección (como se observa en los relatos), que son funciones importantes del sistema de cuidado materno.

### Experiencias en el ambiente hospitalario

Este tema trae un poco del contexto hospitalario, mostrando cómo los días posteriores al nacimiento transcurrieron de manera diferente. La UCIN es un ambiente generalmente desconocido, lo que puede influir en una mayor vulnerabilidad, tanto para las madres y las familias que encuentran a un bebé totalmente diferente de lo que se podría haber esperado, cuanto por la propia rutina hospitalaria que es estresante y agotadora (Marchetti & Moreira, 2015; Sousa et al., 2011).

Además, estar fuera de casa también influye, ya que las mujeres suelen pasar el día en el hospital para estar cerca de su hijo/a. Se agrega el hecho de que cada situación es única, puesto que puede ocurrir la falta de otro/s hijo/s, de su casa, de la familia, entre otros (Santos & Teixeira, 2017). Los relatos de las mujeres también apuntan a un deseo de normalidad, y muchas de ellas dijeron que querían que los días de la UCIN pasasen rápido, para que pudiesen volver a su rutina normal y con su bebé en casa.

### Asombro y alegría al ver al hijo/a

Un punto común en los relatos de las mujeres fue el asombro cuando lograron ver a su hijo/a. Claramente ellas vivieron la situación de diferentes maneras, a partir de lo que idealizaron y de lo que construyeron desde sus representaciones a lo largo de su vida

(Bowlby, 2002), sin embargo, al tratarse de un bebé pre-término extremo, todos ellas se encontraban ante un bebé aún necesitado de maduración fisiológica, pequeño, frágil y que necesitaba de muchos equipamientos para mantenerse con vida. Así, este proceso también es doloroso, por la dificultad que tienen los familiares para asimilar que el bebé soñado e idealizado es muy diferente al bebé que nació (Ferrari & Doneli, 2010).

*"Solo pude verlo de noche alrededor de las 22h y cuando lo vi sentí una sensación tan extraña! Era una mezcla de felicidad y tristeza al mismo tiempo. Felicidad porque él estaba vivo y por ser madre, y tristeza porque él estaba lleno de equipamientos". (Bela)*

*"[...] tan pequeño y frágil que me desfallecí al ver su cuerpecito en aquella incubadora, todo invadido por tubos, catéteres y sondas". (Atenea)*

*"Cuando me subí a 'Neo' y vi a mi hija, Dios mío, lloré mucho. Un bebé tan pequeño, 29 cm, pensando (sic) 750 gramos, lleno de aparatos, su boca ni siquiera estaba bien formada, su trasero parecía haberse desprendido de su columna vertebral. No aguanté quedarme ahí, lloré mucho". (Agnes)*

Como se nota, parece haber la impresión de que su hijo/a está siendo invadido por equipamientos, algo intruso, que no debería estar presente, pero que muchas veces se destaca frente a un cuerpo tan pequeño. De esta forma, además de que son diferentes a lo imaginado, los bebés que encuentran las mujeres no interactúan como se esperaba, ya que a menudo están intubados, luego, el llanto y el balbuceo pueden no ocurrir. Además, por haber nacido antes de la semana 28 de gestación, muchos de los bebés no estaban completamente formados: puede ocurrir que no haya maduración de órganos internos, pero también de algunas partes externas de su cuerpo. Además, las mujeres madres presencian una gran cantidad de exámenes, que muchas veces pueden resultar incómodos para los bebés, lo que puede generarles aún más tristeza.

Algunas mujeres (como en los relatos anteriores) pudieron materializar la decepción y la frustración relacionadas con el momento en que encontraron con su hijo/a, incluso en sus propios cuerpos, notando sensaciones como: *"me desfallecí al ver su cuerpecito [...]"* (Atena). Sin embargo, aunque sea un proceso doloroso, algunas mujeres también pueden

presentar mucha felicidad en medio de sentimientos ambivalentes, reconocer al bebé como su hijo/a de forma más inmediata, lo que puede estar ligado a una idealización de la maternidad, reconociendo el proceso como un milagro:

*“¡Fue un momento realmente mágico! Una mezcla de alegría, sorpresa, admiración, miedo, angustia... Estaba delante de mi hijo, en una situación que NUNCA había imaginado, ni en mis peores predicciones, pero aun así mis ojos veían sólo el milagro de la vida. Lo miraba con tanta admiración, con tanto amor, que nunca había sentido en todo mi embarazo”.* (Lila)

Esto demuestra cuán únicos son estos momentos, permeados por muchos sentimientos y emociones, y cuánto se pueden vivir de manera paradójica, ya que la alegría y el asombro se cruzan.

### **Rutina agotadora, miedo y deseo de normalidad**

Con la creación de tecnologías a lo largo de los años, la probabilidad de supervivencia de los bebés pre-términos va en aumento, haciendo con que los bebés con edades gestacionales cada vez más pequeñas puedan sobrevivir (Sousa et al., 2011). Generalmente, los bebés pre-términos extremos suelen necesitar permanecer hospitalizados durante mucho tiempo, hasta alcanzar la madurez necesaria para mantener sus funciones vitales de forma independiente (Marchetti & Moreira, 2015). De esta forma, el miedo a la muerte o a la presentación de alguna secuela puede aumentar dependiendo de la durabilidad de la hospitalización del recién nacido (Mata et al., 2017). Esta categoría aborda la rutina de las mujeres madres y el miedo a la muerte, que es un sentimiento que permea cada momento, desde la noticia de un parto prematuro, hasta los días de internación en la UCIN.

El miedo a la muerte acompaña a las mujeres a lo largo de los días, durante el parto hay un doble miedo, porque además de que los bebés corrían riesgo de vida, algunas de las mujeres también presentaban este riesgo: *“Todo era tan diferente de lo que había soñado y, además, sabía que de ese bloque [quirúrgico] podría salir solamente uno de nosotros, o quizás ninguno de nosotros”* (Lua). Después del nacimiento, como los bebés eran pre-términos extremos y, por tanto, sus órganos muchas veces no tenían la maduración necesaria para vivir en un ambiente fuera del útero, la posibilidad de muerte siempre estaba presente: *“[...] también fue difícil ver a los médicos diciendo que mi hija no sobreviviría”* (Agnes).

Además, cuando el mayor riesgo de muerte estaba fuera de discusión y los bebés se habían estabilizado, también existía el temor de que el bebé tuviera algunas secuelas futuras: *“Y también tenía lo miedo, ¿habrá secuelas? ¿Va a caminar, sentará, verá, oirá?”* (Lua). En muchos de los relatos la muerte ocupó un espacio donde la vida debía estar. La investigación de [Lelis et al. \(2018\)](#) también señala que la mayoría de las reflexiones y pensamientos de las mujeres madres estaban relacionadas con la supervivencia del bebé, y muchas de ellas afirmaron tener miedo a la no supervivencia y miedo a las secuelas, lo que puede causar mucho sufrimiento.

Además, la rutina dentro de una UCIN es muy estresante, puesto que muchas veces es un ambiente aterrador, donde hay muchas exámenes a realizar, muchos equipamientos y profesionales ([Marchetti & Moreira, 2015](#)). Las mujeres escribieron sobre quedarse en el ambiente para poder acompañar a su hijo/a durante todo el día, llegando al hospital temprano ya por la mañana y saliendo solamente por la noche: *“Nuestra vida ha cambiado, nuestra rutina ha cambiado, íbamos todos los días al hospital, llegábamos a las 7 de la mañana y salíamos como a las 7 de la noche. Cada visita era como verla nacer de nuevo”* (Margarida).

Es importante notar cuánto este contexto ha limitado sus contactos con otras personas, rompiendo algunos lazos sociales, ya que quedaban esperando todo el día para ver al bebé, sin estar en sus casas y sin experimentar la vida cotidiana a la que estaban acostumbradas. De esta forma, se puede entender que las mujeres han perdido sus rutinas diarias de autocuidado, paseos, familia, amigos, alimentos que les gustaba comer, entre otros, perdiendo incluso sus ritmos de vida, teniendo que hacer actividades (comidas por ejemplo) cuando la institución establece.

Estos temas pueden traer fragilidad a cualquier ser humano, pero hay que entender que estas mujeres estaban viviendo el puerperio, un momento en el que su organismo está cambiando tanto biológica como psicológicamente ([Gutman, 2019](#)), y todo ello puede acabar agravando esta situación de vulnerabilidad de la mujer madre. Estas preguntas plantean a las mujeres esta urgente necesidad de salir del ambiente hospitalario, como se observa en uno de los relatos, en la que la mujer, en conversación con su hijo, exige irse a casa: *“Yo le decía en la UCI: ¿Ya basta, C.? ¡No más cirugías y vámonos a casa! Yo ya estaba exhausta, al fin y al cabo, hacía 4 meses que C. estaba*

*hospitalizado, y yo allí, todos los días a su lado*" (Bela). Es interesante observar el intento de la mujer de activar el sistema de apego del bebé, transformándolo como sujeto activo con voluntad propia, tratando así de regular las cuestiones de permanencia en el hospital.

Cabe señalar que estas mujeres necesitaban permanecer en este ambiente durante muchos meses, hasta que el bebé logre estabilizarse, y, en general, cuando las personas están en un contexto rígido, desconocido y en el que no tienen control, pueden desestructurarse, perdiendo a menudo la noción del tiempo que pasan en él, como afirma una mujer en su relato: *"Los días parecían meses, y los meses... ¡parecían años! Pero el tiempo pasaba [...]"* (Mel). Esta condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer dentro de esta rutina, junto con la condición de madre, que comienza privada de ejercer el cuidado del hijo, y la necesidad de elaboración del bebé real, puede generar mucho sufrimiento y esto generalmente no se ve como una prioridad, pues el enfoque de la UCIN es solo en el bebé. Además, la percepción de que el tiempo no pasa en la UCIN también puede entenderse por el hecho de que el sistema de cuidados no se experimenta de la forma en que fue idealizado, las mujeres pueden verse restringidas para ejercer el cuidado o aún pueden tener la sensación de que no están contribuyendo positivamente en este ambiente, aunque estén allí todos los días.

Otro punto en común en los relatos fue el deseo de normalidad, ya que las mujeres relataron sentirse agotadas y que solo deseaban poder llevar a sus bebés a casa y que ellos estuviesen bien, sin la necesidad de una rutina tan agotadora. En este sentido, se puede decir que las mujeres madres de pre-términos atravesaron el luto del bebé y de las situaciones imaginadas (Tinoco, 2013), pues, durante la hospitalización, el sistema cuidador posiblemente busca coherencia dentro de lo que había imaginado y construido durante el embarazo: *"Solo quería que mi historia fuera como la de los demás [...]. No queríamos grandes cosas, lo que más queríamos era estar juntos"* (Lua).

### **Madre y bebé prematuros: vínculo, potencia y resignificación**

Este tema fue construido pensando en las diferentes formas en que las mujeres pueden vivir la prematuridad, además, por supuesto, de las diferentes formas de resignificar lo vivido, ya que construyen diferentes significados y afectos,

formando así sus relatos. Así, es posible afirmar que, mismo que las narraciones tengan puntos en común, también existen diferentes formas de relacionarse, sentir y vivir el bebé y su hospitalización, así como existen diferentes formas de poder establecer o no un vínculo con el/la hijo/a.

Según [Mayseless](#) (2006), cada cuidador/a tendrá un modelo interno, es decir, una representación de su entorno, incluyendo qué es y cómo cuidar, sobre el/la hijo/a y sobre sus vivencias. Estas representaciones se basan en experiencias vinculadas al cuidado; sirven para regular e interpretar sentimientos y comportamientos; regular y crear la realidad; pueden reestructurarse de acuerdo a nuevas experiencias; implican memoria y afecto; entre otros.

El estilo de cuidado materno se basa en la infancia de la mujer y los cuidados que le fueron dados a lo largo de su vida. Por eso, cada mujer se relacionará de una manera con su hijo, identificando sus demandas y formando su propia interacción con el bebé. Además, lo que la mujer aprendió social y culturalmente a lo largo de su desarrollo sobre lo que es ser madre, mediada por su propia experiencia de ser hija, también influye en el proceso de convertirse en cuidadora, en particular, en las idealizaciones de lo que debe sentir, hacer y cómo actuar. Es por ello que toda mujer madre se relacionará con el bebé de manera particular ([Bowlby](#), 2002; [Tinoco](#), 2013).

Según la literatura ([Bowlby & Ainsworth](#), 2006; [Tinoco](#), 2013), es fundamental para la salud mental del niño que la relación entre él y su madre (u otros cuidadores) sea continua y permeada de placer y satisfacción para las dos partes, siendo muy importante la calidad del vínculo establecido. Sin embargo, dentro del ambiente hospitalario el vínculo se forma de una manera muy sutil, ya que existen muchos factores que influyen negativamente en ese vínculo entre la madre y el bebé, cómo el regazo y calmarlo, comportamientos que a veces se establecen solamente semanas o meses después del nacimiento; ambiente ruidoso; la madre y el bebé rara vez están solos; y bebé frágil, rodeado de muchos equipos ([Marchetti & Moreira](#), 2015; [Santos & Teixeira](#), 2017).

De esta manera, el parto prematuro se relaciona con la construcción de una maternidad prematura, ya que las mujeres presenciaron el parto antes del tiempo esperado y enfrentaron a un contexto totalmente desconocido, distanciándose mucho de lo que puede

haber sido idealizado durante el embarazo y de lo que aprendieron socialmente sobre ser madre. Esta categoría busca presentar ese proceso de reconocimiento de la mujer como madre y también de construcción de un vínculo con el bebé.

### **Toque y cuidado del bebé: miedo y potencia en la construcción de vínculos**

Cada mujer vivió todo el proceso de manera distinta, aunque todas estuvieron permeadas por el contexto de prematuridad extrema y el ambiente hospitalario, ellas narraron diferentes formas de construir un vínculo y reconocer al bebé como propio. Los sentimientos están influenciados por cómo se entiende una determinada situación, y esta interpretación está directamente ligada al modelo de funcionamiento interno de cada persona (Bowly, 2002; Knapp & Beck, 2008).

Con la prematuridad, las funciones del sistema cuidador, como cunar, bañar, proteger, tener en brazos, entre otras, fueron transferidas a los profesionales de la salud, y se privó a la mujer madre de realizar estas funciones que serían adaptativas (Tinoco, 2013). Solo con el paso de los días y/o meses, cuando la madre y el bebé ya estaban más recuperados, pudieron entrar en este mundo de cuidados y la madre pudo realizar pequeñas acciones con el bebé.

Cada una de las mujeres ejerció estos cuidados de manera diferente, dependiendo de la institución y de su propia voluntad. Sin embargo, en general, las mujeres reportan gran tristeza por el contacto reducido con su hijo/a, y durante muchos días sólo pudieron acariciar los pies y las manos de los bebés. No obstante, también informan sobre cómo lograron construirse como madres en la UCIN (como se llaman a sí mismas), según pudieron avanzar en el ejercicio del cuidado de sus hijos, a partir de su estabilización. Aseguran que fueron aprendiendo poco a poco a realizar tareas relacionadas con la maternidad como cunar, bañar, acariciar y cuidar.

*“Yo fue aprendiendo a tratar con él, a bañarlo (en pañuelo, porque no podía salir de la incubadora) a darle la mano cuando los aparatos empezaban a sonar, a charlar... Aprendí a ser madre de un bebé prematuro”.* (Lua)

*“Sostuve su manita, era nuestro único contacto”.* (Agnes)

*“Le cambié los pañales, le di su dieta, primero con sonda y luego con biberón. La vida de una madre UCI fue el momento más difícil de mi vida”.* (Lila)

Sutilmente, las mujeres pudieron asumir el papel de cuidadoras y reconocer cuán activos y poderosos eran sus bebés, por lo tanto, el vínculo en ese momento puede construirse más fácilmente, ya que la mujer reconoce las conductas de apego del bebé y así puede responder a ellas, manteniendo aproximaciones (Calgaro, 2019). Sin embargo, algunas mujeres tuvieron más dificultades para ejercer el cuidado que otras, debido a tantas limitaciones (del bebé y del entorno) y porque cada persona tiene modelos internos y representaciones construidas a partir de la vida y singularidad de cada una, demostrando así las sutilezas y diferencias en el ejercicio de la maternidad, incluida la maternidad prematura (Tinoco, 2013). De esta forma, corroboramos con Tinoco (2013) cuando afirma que lo que posibilita el reconocimiento y el placer en el ejercicio de la maternidad es una reorganización de la idealización propia de lo que es ser madre en este contexto, permitiendo a la mujer reorganizar el sistema cuidador y luego ver la potencia de los pequeños actos.

Otro tema importante que se puede caracterizar como facilitador de vínculos es el Método Canguro. Este método es un elemento importante de la política pública en el área de la salud perinatal, que busca ofrecer y fomentar la acogida y la asistencia humanizada para las madres, los bebés y las familias, respetando la integralidad y singularidad de cada sujeto (Ministério da Saúde, 2017). Una de las técnicas del Método Canguro es fomentar el contacto corporal piel con piel entre los bebés y sus familias. Así, los bebés (sólo en pañales) se colocan junto al pecho de sus familiares. Esta técnica puede durar el tiempo necesario para que el bebé se estabilice, así como según la voluntad y el tiempo deseado de las madres, padres y cuidadores (Ministério da Saúde, 2017).

En las narrativas del presente estudio, el método se volvió muy importante porque el primer regazo y el primer contacto corporal con sus bebés fueron momentos muy esperados y muy felices. Posibilitó que la mujer se perciba activa en el proceso de cuidado, ya que posibilita un mayor contacto con el bebé, favoreciendo el vínculo.

*“Ese hijo, que decían que no sobreviviría, estaba ahí en mi regazo [...]. En ese momento cuando lo recogí, lloré, lloré... Todos en la UCI se conmovieron ese día al verlo salir de la incubadora, vestirse, quedarse en mis brazos”. (Mel)*

*“El primer regazo llevó mucho tiempo, unos 40 días creo. Estaba tan acurrucado a mí que yo sentía como si fuera un órgano de mi cuerpo. Estaba bien, estaba tranquilo, estaba con mami”. (Lua)*

*“Hice canguro, ¡que alegría! Sentí su respiración y su corazoncito junto al mío”. (Lila)*

El sostener en el regazo favorece a la díada madre-bebé, ya que puede mejorar tanto la calidad de vida del bebé, que recibe calor y cariño, como de la mujer madre que puede experimentar sensorialmente a su bebé y ofrecerle cariño, protección y cuidado. Cuando los bebés nacen en el momento esperado y sin ninguna complicación, la separación que se produce después del nacimiento puede “repararse” rápidamente, ya que la madre y el bebé pronto podrán tener contacto físico. En los casos del presente estudio esto no ocurre, debido a que la separación es abrupta, por lo que el primer contacto físico puede producir ambigüedad de sentimientos, debido a que tomarlos en los brazos por primera vez también puede traer otros sentimientos además de la alegría y placer, porque como el niño es muy frágil, sentimientos como el miedo y la inseguridad también pueden estar presentes en este primer contacto.

Según [Tinoco](#) (2013), tanto el regazo como los pequeños ejercicios de cuidado y lactancia pueden hacer que las mujeres se den cuenta de que tienen un papel importante durante la hospitalización, haciendo que el sistema cuidador opere aún más, ya que la mayoría de ellas era consciente de su eficacia. En los relatos, se nota que a pesar de que algunas mujeres informaron inicialmente tener mayor dificultad para reconocer a su bebé, visto su diferencia con el bebé idealizado y el proceso doloroso por el que pasaron, también destacan el vínculo que se construye con el hijo, el cuidado y el amor que se le transmite. La dificultad inicial puede estar relacionada con la gravedad del caso del bebé y, en consecuencia, está relacionada con la posibilidad de la muerte del bebé, ya que inicialmente el bebé estaba muy frágil, este hecho pone a la mujer madre la decisión de permitir o no crear un vínculo ([Marchetti & Moreira, 2015](#)).

Algunas mujeres pudieron flexibilizar sus experiencias, fueron capaces de comprender que, aunque lo vivido estaba lejos de ser lo esperado, se estaban comportando de forma adecuada a la situación y, en consecuencia, sentían satisfacción ([Tinoco, 2013](#)). Aún según [Tinoco](#) (2013), esta forma de afrontar estas situaciones trae seguridad a las mujeres, porque aunque estaban pasando por momentos de alta vulnerabilidad, aun así lograron encontrar esa sensación de control en el ejercicio de la maternidad.

También hubo mujeres que tuvieron mayores dificultades para identificarse en ese papel y verse en ese rol de madre prematura, esto se refiere a la forma en que cada una fue capaz de sobrellevar e involucrarse en la situación. De esta forma, todas estas experiencias son potentes, pues retratan la singularidad de cada madre y de cada díada, ya que el bebé también influye activamente en la relación, dependiendo de su temperamento, su desarrollo, sus respuestas al cuidado y su estado de salud.

El siguiente relato presenta la paradoja vivida en estos momentos: el miedo, las dificultades, la angustia, y también la forma en que esta madre pudo afrontar todo este proceso y, además, destaca la potencia de su manera de vivir la hospitalización y convirtiéndola en Madre Prematura.

*“Yo cantaba canciones de cuna (canto las mismas hasta el día de hoy), contaba mi día, los besos de amigos y familiares. Cada mes que estuve en el hospital, llevé un pastel para celebrar con el equipo, y en el segundo mes llevé recuerdos para todos los bebés en la UCIN, era mi forma de mantenerme saludable [...] Todas las mañanas, en la puerta de la UCI, lloraba de miedo. Había días que manejaba temblando en el camino de ida y vuelta, extrañaba mi barriga, veía a las madres partir con sus hijitos en brazos y sentía envidia... Quería que los médicos me dieran un pronóstico, hasta que dejé de pensar en el mañana y comencé a ocuparme solo del hoy, de lo contrario me volvería loca. A veces tenía ganas de salir corriendo de ese lugar, había días que solo recibía malas noticias, y la gente llamaba queriendo saber de él”. (Lila)*

Como se destaca en el relato, muchas mujeres vivieron experiencias ambivalentes, siendo permeadas al

mismo tiempo por el amor y el reconocimiento del hijo, así como por la desesperación y la tristeza. Es importante enfatizar esta ambigüedad que vive la mujer durante la hospitalización del recién nacido pre-término extremo y cómo el sistema cuidador tarda en adaptarse a este contexto, ya que la mejora y empeora del estado del bebé también hace que la madre necesite reajustar su sistema cuidador durante todo el proceso.

Es posible percibir en algunos relatos cómo algunas mujeres y familias también lograron construir un lugar más allá de la UCIN, ya informando a sus hijos sobre las cosas que les esperaban fuera del ámbito hospitalario: *“Le repetíamos cada vez cuánto la amábamos, hablábamos de todos los que la estaban esperando, de su cuartito, de sus cositas, que ella era fruto del amor de mamá y papá y que ese amor era muy fuerte, así que tenía que ser mucho, mucho más fuerte... y así lo hizo”* (Margarida). Este movimiento puede ayudar a la mujer a reestructurarse y poder volver a imaginar las cosas que soñó. Es decir, aunque la situación aún no haya pasado y ella esté viviendo un proceso doloroso, lo soñado puede ganar espacio. Esta perspectiva de cosas buenas por venir puede traer fuerza y comodidad.

### **Equipo, familia y red de apoyo: soporte a la madre y construcción del vínculo madre-bebé**

Debido a todo el contexto diferente e inesperado, es fundamental que las mujeres cuenten con apoyo para que puedan, además de soportar lo que han vivido, encontrar formas de crear un vínculo con el bebé que se presenta. El equipo médico tiene un papel fundamental en este contexto, y debe encontrar formas de ayudar a la mujer y su familia. El equipo debe construir alternativas y modos de cuidado que permitan a las mujeres percibirse como activas en el proceso de hospitalización, lo que potencia su papel de cuidadora e influye en la construcción de vínculos (Tinoco, 2013). Además, también es necesario resaltar la importancia del equipo multidisciplinario en la atención y acogida de las madres prematuras y sus familias, pues cada una podrá contribuir en esa construcción de la maternidad posible (Buaski, 2020).

Además, otro punto importante mencionado en las narrativas fue cuánto tener una red de apoyo (amigos y familiares, que pudieron estar juntos en ese momento y animar a las mujeres) hizo una gran diferencia, porque además de ayudar a la mujer

a encontrar fuerza en sus acciones y permitirle encontrar su lugar en este proceso, también hizo que no se sintiesen solas: *“Tenía miedo de llegar a la UCI Neonatal y descubrir que él no se había resistido. Pero, apoyada por mi esposo y mi hermana, fui a verlo”* (Flor). Algunos relatos también presentan el vínculo construido entre las madres acompañantes, de cómo se apoyaban mutuamente: *“Hice amigos en la UCI, las madres de los bebés se convirtieron en mis confidentes, intercambiamos experiencias, nos dimos fuerzas, y cuidamos a los bebés cuando una no lo estaba”* (Lua).

El sitio web donde se encuentran los relatos también puede haber sido una importante red de apoyo, para el intercambio de experiencias e información, así que también puede ser reconocido como una red social que permite el apoyo y el empoderamiento de las mujeres y las familias:

*“Llegué a casa e investigué un poco, fue entonces cuando encontré Prematuridade.com y comencé a leer y obtener información sobre mi hijo, y puedo decir honestamente que me ayudó mucho. Empecé a sentirme capaz de hablar sobre las necesidades, procedimientos y conductas a adoptar para él, el conocimiento sobre el tema nos hace más fuertes. Fue entonces cuando salí de la caverna en la que estaba”.* (Lila)

Buaski (2020) también afirma cuánto las relaciones interpersonales en este contexto pueden influir positivamente en la experiencia de estas mujeres en el contexto hospitalario, y destaca cuánto puede ayudar el vínculo entre las madres acompañantes y también con los profesionales en la redefinición y construcción de nuevas posibilidades para estos momentos. A partir de la identificación entre las mujeres, que pasaban por situaciones similares, pudieron formar lazos e intercambiar afectos, posibilitando el fortalecimiento mutuo.

### **Revisitando la historia y resignificándose como madre: compartiendo narrativas**

Hay una gran cantidad de informes de madres de bebés pre-términos, tanto en el sitio web de la ONG prematuridade.com, como en otros sitios web y páginas de Internet. Esto puede mostrar cuántas mujeres tienen este deseo de exponer sus experiencias, aunque sea un proceso muy doloroso. Así, tiempo después de la hospitalización, las mujeres optaron por compartir lo vivido, en el sentido de poder dar ayuda y alivio a otras mujeres y familias

que están pasando por lo mismo: “[...] *tratando, de alguna manera, de ayudar a los padres de los niños prematuros, para que se mantengan fuertes y nunca pierdan la esperanza, porque estos pequeños guerreros son mucho más fuertes de lo que imaginamos*” (Lua).

Ciertamente fueron experiencias muy dolorosas y no pudieron cambiar lo vivido, pero cada mujer pudo atribuirles sentidos y significados y construir sus relatos a partir de sus recuerdos y afectos, para poder acoger a otras mujeres y familias que un día buscarán el tema de la prematuridad. Se cree que, además de la necesidad de ayudar a otras madres y familias, las mujeres también pueden haber optado por exponer sus relatos como una forma de decir a las personas que una madre de bebé prematuro también es una madre. Ya que pueden sentirse culpables por el parto prematuro, o cuando esto no ocurre, la sociedad las pone en este papel, obligándolas a justificar en todo momento que no hicieron nada que pudiera favorecer el nacimiento antes de tiempo.

Además, el proceso de convertirse en madre sigue ocurriendo para estas mujeres, ya que se constituye a lo largo de su vida, así que la escritura también afirma este lugar de habla, fortaleciendo el proceso de comprenderse a sí misma como madre, y posiblemente el acto de narrar es una forma que encontraron para revisar el proceso de convertirse en madre que aún está en curso. El sitio también puede servir como un ambiente para aclarar dudas y compartir experiencias, además de que es posible que las mujeres se hayan beneficiado del contenido allí encontrado, en el momento en que estaban experimentando la prematuridad, para que pudieran hacer un informe en el futuro, compartiendo también lo vivido.

## Consideraciones finales

El objetivo de esta investigación fue traer relatos de madres de recién nacidos pre-términos extremos, que fueron/son una forma que encontraron para contar sus historias y resignificar lo vivido. Así, utilizando los presupuestos de la teoría del apego, el objetivo de la investigación fue conocer las experiencias de estas mujeres en el contexto de la UCIN, comprendiendo los sentimientos, emociones y dificultades, además de la forma en que lograron construir un

vínculo con el bebé y percibir (o no) este lugar de la madre en un contexto de gran vulnerabilidad.

En general, la mayoría de los relatos apuntan a una idealización de los bebés, que se esperaban en el tiempo previsto. Con el parto prematuro, las mujeres enfrentaban a la posibilidad de la muerte y la necesidad de una separación súbita y literal de sus bebés. También se encontraron con un bebé muy diferente, siendo éste frágil, muy pequeño y en grave riesgo de morir. Un bebé pre-término extremo generalmente necesita estar en el hospital durante mucho tiempo y es posible que se someta a muchos procedimientos. Con eso, el toque, el cuidado directo y la posibilidad de poder tener el bebé en los brazos, acciones importantes para la formación del apego, tardan en suceder.

De esta forma, la prematuridad extrema plantea también la necesidad de que la mujer madre resignifique su papel y hasta mismo la maternidad, preparando su sistema de cuidados para la situación real que se presenta: las mujeres necesitaban aprender a reconocer las señales sutiles de los bebés y construir nuevas formas de cuidado. Además, toda la hospitalización se caracterizó como un proceso muy difícil e intenso, y fue permeada por sentimientos de angustia, ya que no tenían el control de la situación.

Es importante resaltar que la investigación presenta narrativas de mujeres que tuvieron acceso a internet, así como también relataron experiencias exitosas al convertirse en madre, ya que a pesar de que en esos momentos tuvieron dificultades, todas lograron construir un vínculo. Así, entre los relatos estudiados, ningún narra sobre no poder establecer un vínculo con el bebé y/o no reconocerse en el papel de madre. Todas las narrativas de la investigación se refieren a bebés que sobrevivieron, luego, el estudio presenta algunas formas de soportar estos momentos, pero no representa todas las experiencias posibles.

Un punto importante a mencionar es que muchas veces las experiencias sin éxito de la maternidad no tienen un lugar público posible para ser trabajadas y publicadas, y, algunos de estos relatos generalmente solo se encuentran en algunos grupos y sitios web cerrados, lo que a menudo dificulta el acceso a estas narrativas. Esto sucede porque aún vivimos en una sociedad donde se banaliza la falta de deseo por la maternidad y los sentimientos de insatisfacción y

arrepentimiento, situándolos como algo que no se debe decir y compartir (Donath, 2017).

A partir de esta investigación, se puede ver cuánto el amor materno es construido y que el miedo, la ansiedad y la tristeza suelen estar presentes e incluso pueden prevalecer en las experiencias maternas. Así, se cree que a partir del reconocimiento de estas experiencias en el contexto de la prematuridad, ese trabajo puede contribuir para la formación de los profesionales que actúan en la UCIN, pudiendo sensibilizar y propiciar debates sobre las complejidades y singularidades vividas en este proceso, con el fin de posibilitar apoyo y acogida a las mujeres y familias. Así, a partir de la identificación de señales y de las formas sutiles en que el bebé interactúa y se comunica, el equipo puede ayudar a la mujer a potenciar su sistema de cuidado, permitiendo que se active incluso cuando el bebé no llora e interactúa como se espera. Se espera que la investigación pueda promover estudios en el área e incentivar la creación de políticas públicas para este contexto.

### Contribuciones de las autoras

Este artículo es el resultado de un Trabajo de Finalización de Curso, en el que Cardoso, V. T. fue orientada por Toni, C. G. S. La primera autora participó de la construcción de la pregunta de investigación y formuló el curso metodológico junto con la orientadora. Cardoso, V. T. recopiló y organizó los datos, que fueron analizados e interpretados por las dos autoras. Ambas revisaron y aprobaron la versión final y están de acuerdo con su publicación.

### Conflictos de interés

No se han declarado conflictos financieros, legales o políticos que involucren a terceros (gobierno, empresas y fundaciones privadas, etc.) por cualquier aspecto del trabajo presentado (incluidos, entre otros, subvenciones y financiamiento, participación en el consejo asesor, diseño del estudio, preparación de manuscrito, análisis estadístico, etc.).

### Indexadores

La Revista Psicología, Diversidade e Saúde es indexada en EBSCO, DOAJ y LILACS.

EBSCO

DOAJ

LILACS

## Referências

- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno* [Un amor conquistado: el mito del amor materno] (W. Dutra, Trad.). Nova Fronteira.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* [Análisis de contenido] (L. A. Reto, & A. Pinheiro, Trads.). Edições 70.
- Braga, N. A., & Morsch, D. S. (2003). Os primeiros dias na UTI [Los primeros días en la UCI]. In: M. E. L. Moreira, N. A. Braga, & D. S. Morsch (Orgs.). Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal [Cuando la vida empieza diferente: el bebé y su familia en la UCI neonatal] (pp. 51-68). Editora FIOCRUZ.
- Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo* [Apego: la naturaleza del vínculo] (A. Cabral, & A. B. Simões, Trads.). Martins Fontes.
- Bowlby, J., & Ainsworth, M. D. S. (2006). *Cuidados maternos e saúde mental* [Atención materna y salud mental] (5a ed.) (V. L. B. Souza, & I. Rizzini, Trads.). Martins Fontes.
- Buaski, J. P. (2020). *Humanização: vivência de mães de bebês prematuros em seu processo de internamento em UTI neonatal* [Humanización: experiencia de madres de prematuros en su proceso de hospitalización en una UTI neonatal] [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual do Centro Oeste]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações do UNICENTRO. <http://tede.unicentro.br:8080/jspui/handle/jspui/1525>
- Calgaro, G. L. (2019). *Relação de apego mãe-bebê em UTI neonatal* [Relación de apego madre-bebé en una UCI neonatal] [Trabalho de conclusão de curso, Universidade de Caxias do Sul]. Repositório Institucional da UCS. <https://repositorio.ucs.br/11338/4983>
- Donath, O. (2017). *Mães arrependidas: uma outra visão da maternidade* [Madres arrepentidas: otra visión de la maternidade] (M. Vargas, Trads.). Civilização Brasileira.
- Ferrari, A. G., & Donelli, T. M. S. (2010). Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso [Devenir madre y prematuridad: consideraciones sobre la constitución de la maternidad en el contexto del nacimiento de un bebé de muy bajo peso al nacer]. *Contextos Clínicos*, 3(2), 106-112. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822010000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822010000200004&lng=pt&nrm=iso)
- Fragoso, S., Recuero, R., & Amaral, A. (2011). *Métodos de pesquisa para internet* [Metodos de búsqueda en internet]. Editora Sulina.
- Gutman, L. (2019). *A maternidade e o encontro com a própria sombra* [La maternidad y el encuentro con la propia sombra] (M. Corullón, & L. C. Cabral Trad.) (16a ed.). BestSeller.

- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva [Fundamentos, modelos conceptuales, aplicaciones e investigación de la terapia cognitiva]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (Supl. 2), 54–64. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>
- Lelis, B. D. B., Sousa, M. I., Mello, D. F., Wernet, M., Velozo, A. B. F., & Leite, A. M. (2018). Acolhimento materno no contexto da prematuridade [Cuidados materno en el contexto de la prematuridade]. *Revista de Enfermagem UFPE On line*, 12(6), 1563–1569. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a230763p1563-1569-2018>
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da Gravidez: parto e puerpério* [Psicología del Embarazo: parto y puerpério]. (17a ed.). Editora Saraiva.
- Marchetti, D., & Moreira, M. C. (2015). Vivências da prematuridade: a aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário? [Experiencias de prematuridad: ¿la aceptación del niño real presupone la deconstrucción del bebé imaginario?]. *Revista Psicologia e Saúde*, 7(1), 82–89. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2015000100011&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100011&lng=pt&tlng=pt)
- Mata, G. D., Cherer, E. Q., & Chatelard, D. S. (2017). Prematuridade e constituição subjetiva: considerações sobre atendimentos na unidade de terapia intensiva neonatal [Prematuridad y la constitución subjetiva: consideraciones de cuidado em unidad de cuidados intensivos neonatales]. *Estilos da Clínica*, 22(3), 428–441. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v22i3p428-441>
- Mayseless, O. (2006). *Studying Parenting Representations as a Window to Parents' Internal Working Model of Caregiving* [Estudiar las representaciones de crianza como una ventana al modelo de trabajo interno de cuidado de los padres]. In O. Mayseless (Org.). *Parenting Representations: Theory, Research, and Clinical Implications* (pp. 03-40). Cambridge University Press.
- Ministério da Saúde. (2017). *Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico*. [Atención humanizada al recién nacido: Método Canguru: manual técnico]. Secretaria de Atención à Saúde e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_metodo\\_canguru\\_manual\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth* [Nascido muito cedo: relatório de ação global sobre o nascimento pré-termo]. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433_eng.pdf)
- Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. (2016). Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581)
- Santos, D. S. S., & Teixeira, E. C. (2017). Vínculo mãe-bebê no contexto da unidade de terapia intensiva neonatal: revisão bibliográfica [Vínculo madre-bebé en el contexto de la unidad de cuidados intensivos neonatales: una revisión bibliográfica]. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, 5(2), 8–19. <https://doi.org/10.25194/rebrasf.v5i2.891>
- Sousa, A. M., Mota, C. S., Cruz, I. A. C., Mendes, S. S., Martins, M. C. C., & Moura, M. E. B. (2011). Sentimentos expressos por mães de neonatos prematuros internados na UTI neonatal [Sentimientos expresados por madres de recién nacidos prematuros internados en la UTI neonatal]. *Revista de pesquisa cuidado é fundamental online*, (Suppl.), 100–110. <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/1943>
- Sousa, M. G. S., & Cabral, C. L. O. (2015). A narrativa como opção metodológica de pesquisa e formação de professores [La narrativa como opción metodológica para la investigación y la formación docente]. *Horizontes*, 33(2), 149–158. <https://doi.org/10.24933/horizontes.v33i2.149>
- Tinoco, V. (2013). *Maternidade prematura: repercussões emocionais da prematuridade na vivência da maternidade* [Maternidad prematura: repercusiones emocionales de la prematuridad en la experiencia de la maternidad]. [Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo]. Repositório PUCSP. <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/15311>
- Wainer, R. (2016). *O desenvolvimento da personalidade e suas tarefas evolutivas* [El desarrollo de la personalidad y sus tareas evolutivas]. In R. Wainer, K. Paim, R. Erdos, & R. Andriola (Orgs.). *Terapia cognitiva focada em esquemas: Integração em Psicoterapia* (pp. 21-31). Artmed.
- Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação* [Salud mental, género y dispositivos: cultura y procesos de subjetivación]. Appris Editora.